

危重病症应用中药汤剂的体会

潘 用 水

(福建省泉州市光前医院,泉州南安梅山光前南街,362321)

关键词 危重病症/中西医结合疗法,中药汤剂/治疗应用

18 年来,笔者在临床医疗实践中,遇到危重病症 145 例,常采用中西医结合、辨病辨证结合的方法,在综合治疗基础上给予适当的中药汤剂,疗效满意。现将体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 病例来源 各种危重病症 145 例,全部为各科住院病例。其中会诊病例 99 例,占 68%,并且多有并发症或合并病,临床无法行双盲法、对照法研究,仅能从掌握的较完整的临床资料进行归纳体会。病种包括原发或继发感染性疾病 12 种 109 例,占 75%,非感染性疾病 10 种 36 例,占 25%。男 90 例,女 55 例,年龄最大 78 岁,最小 3 岁,平均 45 岁。

1.2 汤剂理法 汤剂剂型,古训“汤者荡也”,取其力洪而能速达用意也。理法原则,辨病与辨证结合,通常拟调气血和阴阳,泻实补虚,开郁救厥,通腑解毒之剂为治。

1.3 给药途径 一般神志清醒或能配合服药者可以口服给药;神志不清或不能配合难以服药者可以鼻饲给药;行胃肠减压或胆道引流、或胃肠、胆囊、胰腺术后放置营养管道者,可以空肠点滴给药或直肠保留灌肠给药。

1.4 临床效果 多数病例经西医药综合治疗 1~4 天

以上,估计病情急而危重、或不效、或恶化时邀请中医会诊,给予结合或单独使用中药汤剂治疗,多可缩短病程,减少并发症、提高治愈率、降低死亡率。临床救治成功率(139/145)95.85%,死亡率(6/145)4.15%,除自动出院者和 24h 内死亡者。

2 病例举隅

2.1 脓毒败血症 患者某,男,8 岁,于 1989 年 2 月 16 日以“右小腿跌伤疼痛伴发热 1 周,咳黄脓痰、高热嗜睡不食 3 天”为主诉入院住儿科。体检: T 41℃, P 170 次/min, R 28 次/min, BP 13.5/8Kpa 面青潮热,嗜睡神疲,呻吟不已,躁扰不宁,气喘促,咳少许脓性痰,无明显鼻扇。心率 170 次/min,律齐无杂音,双肺呼吸音粗,少许痰鸣音,无干、湿啰音及胸膜摩擦音。腹胀满。腹肌较紧张。全腹轻压痛。叩诊鼓音,肝脾未扪及,肝区叩痛,肠鸣音存在。右小腿瘀肿,触压痛显著,局部有软化区。外科会诊,右下腹穿刺抽出少许脓性液右小腿肿痛软化区局部穿刺抽出脓血。诊断为右小腿深部脓肿、并脓毒败血症。外科意见:先行控制感染抗休克,退热消炎抗惊厥,待病情好转稳定后再行脓肿切开排脓引流术。综合治疗 4 天,持续高热不退,腹胀加重;肛门排气少许,排气管带出少许黏液脓性便;复查血常规红细胞 $2.8 \times 10^{12}/L$, 血色素 84.0/L, 白细胞 $2.76 \times 10^9/L$, 中性 0.92, 淋巴 0.08。邀余会诊, T

此四者香窜行气,冀达“气行则水行”之目的为臣;豨莶草归肝肾经,味辛苦寒,为祛风除湿,兼活血之要药,木瓜、薏苡仁健脾利湿、舒筋活络,槟榔辛温质重直达下焦,行气消满,除湿和中,与柴胡相合,一升一降,可加强柴胡疏肝理气之功,紫苏叶、桔梗既可辛散在表之寒邪,又可开宣气机,促进湿化,生黄芪补气行气,桂枝通阳化气行水,既可外解肌表之风寒,又可内助膀胱之气化,每于方中加入桂枝利尿消肿,且有作用持久之效^[5],细辛具有辛润温通、宣化水湿之功,既能发表散寒、畅达肺气,达到提壶揭盖之目的,又能温通下焦阳气,以助水液之敷布,清浊分流,无论寒热虚实之水肿,皆可使用其助以利水消肿。又“血不利则为水”,方中选用三七、益母草、当归、泽兰、茜草、丹参、红花等活血

通络药,有利于水分排出。牛膝行血散瘀、祛风通络、引药下行。诸药合用,具有开上、畅中、达下之功,使肝气调畅,疏泄正常,脾气健运,水湿不生,气血运行通利,则肿自消。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局《中华本草》编委会. 中华本草(藏药卷). 第 1 版. 上海:上海科学技术出版社,2002:43,180.
- [2] 王和权. 防治肾脏疾病的中药药理与临床. 第 1 版. 北京:中医古籍出版社,2006:15-17,67,93,106.
- [3] 郭兆安,司国民,苗成玉. 尿路感染的中西医诊治. 第 1 版. 北京:中国中医药出版社,1997:154.
- [4] 傅宗翰. 特发性水肿的诊治体会. 中医杂志,1985,10(1):10.
- [5] 海崇熙. 桂枝治暖气、水肿有特殊效. 中医杂志,1994,35(12):709.

(2008-11-10 收稿)

41.7℃,面青而潮热无汗,昏睡而时有躁动,肝脾区有叩击痛,腹满便秘而肠鸣音存在,舌红苔浊厚脉洪数。诊断为脓毒热厥证,病机为瘀热成毒,毒盛流注,气血两燔,郁结而厥。急宜通腑泻火退热,开窍救逆解毒。在原综合治疗基础上,拟大剂仙方活命饮合三黄汤,加葛根、蒲公英、败酱草、黄芪、枳壳、槟榔、厚朴、芒硝等中药煎剂,两煎药液400mL,合紫雪散4支,分4次鼻饲给药,每2h一次。一夜之间解恶臭脓性黏液便2次,并矢气频转,而高热渐退至38℃,汗出,神清,自欲服药,流质饮食。去紫雪散,2日续进4剂而热却咳已,胀除腹软,二便正常后转外科行右小腿脓肿切开引流术,仍配合中药调治顺利康复。

2.2 肾炎暑厥症 患儿某,男,5岁。以“浮肿尿少食欲不振经治月余,伴高热嗜睡呕吐不食5天”为代诉,于1986年7月15日入院住儿科。经检查,诊断为急性肾炎伴高热,综合治疗3天,仍高热不退且频频惊厥,邀余会诊。时下尿少,便秘5天未解,T 41℃,P 144次/min,R 24次/min,Bp 12/8Kpa,昏睡谵语,时而惊跳,肢厥拘急抽痉,无汗而喘,身浮肿而肤灼热,无黄痘及出血点,浅淋巴结正常,双瞳孔正常,角膜反射迟钝,对光反射存在,轻鼻扇,无发绀,颈项软,咽红,双扁桃体Ⅱ°肿,无脓栓,喉中少许痰鸣音,心音强144次/min,律齐无杂音,双肺呼吸音粗无啰音,腹疼满胀气鼓音、肠鸣音减弱,肝胆脾肾均正常,肝区叩击痛反应,未扪及其他包块,神经反射正常,口唇干舌淡红,苔灰白滑腻,苔根厚浊苍老,脉浮数而涩。查尿常规蛋白+4,红细胞、白细胞、脓细胞各+1,颗粒管型+2;血常规红细胞 $3.0 \times 10^{12}/L$,血色素8.4/L,白细胞 $8.5 \times 10^9/L$,中性0.70,淋巴0.22。诊断为急性肾炎合并暑厥证。病机为湿浊困阻三焦,暑热外遏内闭。拟停用所有西药,急以香薷饮合益元散,平胃散加葛根、大黄、白芍、桂枝、猪苓、黄柏、木瓜、车前子、石菖蒲、竹叶、荷叶,大剂煎汤鼻饲给药。1h后汗出热渐退,肠鸣而矢气频转;5h后解大便甚多,小便通畅,腹软身凉神清,进食2碗稀粥。续方加减6剂,诸症悉除,复查尿常规正常而告愈,随访半年正常。

2.3 脑溢血危象 患者某,男,68岁,农民。于1985年5月20日因“劳动中突发头晕头痛,旋即神志不清伴呕吐2h”入院。刻诊:T 38℃,P 96次/min,R 16次/min,Bp 32.7/12.7 Kpa,昏迷不省人事,鼾声大作,左侧肢体偏瘫,口眼左歪,右鼻唇沟变浅,呕吐胃纳物,瞳孔左侧0.2cm,右侧0.4cm,角膜反射迟钝,对光反射减弱,颈项强直抵抗,心肺肝脾均正常,肠鸣音正常,左肢硬瘫,腱反射亢进,神经反射克氏征、布氏征、巴氏

征均阳性,舌质淡红少苔,脉数弦滑。诊断为脑溢血危象(高血压、右内囊出血、左偏瘫昏迷)。中医诊为类中风、中脏腑、闭证。病机为肝阳上亢,动火生风。遂给予中西医结合抢救。西医治疗基础上,给中药镇肝熄风汤加细生地30g,生大黄、熟大黄各15g,安宫牛黄丸1粒以药汤化,日1剂煎3次,鼻饲管灌服。2天后血压平稳降至正常,大便通,3次/日,苏醒后能吞咽,双侧瞳孔改善,停用降血压、止血、降颅压、纠酸西药,续喂服中药汤剂,以镇肝熄风汤合补阳还五汤加牵正散方药进退,半流质饮食配合针刺综合治疗。半月后脚手、语音功能逐渐恢复,1个月后生活自理告愈。随访10年健在。

3 体会

3.1 用药指征 应用中药汤剂于危重病例的救治,特别注意要点是肠鸣音的存在与否,与用药剂量的关系。肠鸣音正常或亢进而无频繁呕吐者,尽可以足量给药口服或鼻饲灌药;肠鸣音减弱或频繁呕吐者,可以分多次少少与之;若肠鸣音消失而腹胀、深昏迷患者,适宜于直肠保留灌肠给药。

3.2 用药体会 尤其对于严重感染中毒性疾病,胃肠道、胰腺、胆道等普通外科手术后,或妇科手术后的病例,必要时及早适当的应用中药汤剂,可以明显缩短疗程病程,早期恢复胃肠道消化吸收排泄功能,避免和减少并发症后遗症的发生率,提高疾病治愈率,降低死亡率。对于肠鸣音消失腹胀,返流呕吐的经西医拟乏效的严重肠麻痹病例,应用如温脾汤或真武汤合厚朴三物汤加减的汤剂,配合外用风油精或白花油、驱风油等涂抹脐部及其周围,并施以脐为中心顺时针方向的腹部按摩,至肛门或排便(通常为气液混合便)或和排尿,抢救成功率约为96%。若经积极综合救治措施实施24h至72h,肠鸣音仍不恢复,不排气排便排尿者则救治无效,笔者暂谓之“消化衰竭”。单纯消化衰竭经适当的中药汤剂救治,死亡率约为4%。

3.3 临床地位 中药汤剂在中医药学发生发展的历史长河中占据着主导地位,发挥着主导作用。当临床应用时,虽然有煎药的困难和不规范,应用不方便等缺点,但是古老中医药学基于理法方药辨证施治的中药汤剂的复合药理药效,仍为现代医学所无法阐明并企及的作用优势。在中医、中西医结合,辨病与辨证结合抢救各科病种危重病症的过程中,在综合治疗的基础上,倘能辨证正确,合理及时地应用中药汤剂,常可取得满意的疗效。

(2009-09-02 收稿)